UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 N° 153

Les Kystes Bronchogéniques peuvent-ils dégénérer ?

(A propos d'un cas d'Epithélioma à Stroma remanié developpé sur un kyste bronchogénique)

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1956

PAR

Edouard LACQ

né le 12 mars 1930 à NAY (Basses-Pyrénées)

MEMBRES DU JURY.... MM. MAGENDIE, *Président*
BESSIÈRE,
LÉGER, } *Assesseurs*
BERGOUIGNAN,

IMPRIMERIE TOULOUSAINE
(Vve Lion et Fils)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2
TOULOUSE
1956

LES KYSTES BRONCHOGÉNIQUES PEUVENT-ILS DÉGÉNÉRER ?

(A propos d'un cas d'Epithélioma à Stroma remanié développé sur un kyste bronchogénique)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 N° 153

Les Kystes Bronchogéniques peuvent-ils dégénérer ?

(A propos d'un cas d'Epithélioma à Stroma remanié développé sur un kyste bronchogénique)

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1956

PAR

Edouard LACQ
né le 12 mars 1930 à NAY (Basses-Pyrénées)

MEMBRES DU JURY.... MM. MAGENDIE, *Président.*
LEGER,
BESSIÈRES, } *Assesseurs*
BERGOUGNAN,

IMPRIMERIE TOULOUSAINE
(Vve Lion et Fils)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2
TOULOUSE
1956

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIÉ, CHELLE, G. PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS — ASSESSEUR : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :
MM. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY
	BROUSTET
Clinique chirurgie	PAPIN
	MASSE
Clinique d'accouchement	M. RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	N.
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	J. GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC

	MM.
Clinique ophtalmologique	BESSIÈRE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine et hygiène tropicales et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	**Delmas-Marsalet**
Clinique d'oto-rhino-larynologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPELE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :
M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :
MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie), M. CAZAUX (Pharmacie 3e Section)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LEGER
	RIGAUD
Anatomie	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

	MM.
Physique médicale	DUHAMEL
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
	QUILICHINI

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES AGRÉGÉ :
M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
	MORETTI
	LA VIGNOLLE
	Martin-Dupont
	David-Chaussé
	J. RIVIERE
	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
Chirurgie générale	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
Ophtalmologie	FAUGERE
	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'EPEE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-pytisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Puériculture	VERGER
	PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPERE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
	VILLAR
	CHAVANAZ
Pathologie chirurgicale	TINGAUD
	DARMAILLACQ
	LAPORTE

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LEVY
	MORETTI
	David-Chaussé
	RIVIERE
	Martin-Dupont

Le Secrétaire principal de la Faculté : André GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR F. LACQ
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

A MA MERE BIEN-AIMEE

Avec ma profonde affection et ma reconnaissance infinie.
Qu'ils trouvent ici la certitude d'être ceux qui m'ont fait le plus aimer mon métier.

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR FRANÇOISE

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRERE

Bien affectueusement.

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES D'ETUDES
ET DE L'INTERNAT D'AIX-EN-PROVENCE

Au Docteur Auguste PETRIAT
Chirurgien des Hôpitaux

A qui nous devons le sujet de cette thèse.

En témoignage de vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours accordée.

Aux Docteurs

F. LACQ, J. BACHES, J. DOAZAN
Membres de notre grande famille médicale
IN MEMORIAM

En gage de ma profonde admiration. Que ma carrière soit le reflet de l'exemple que vous m'avez donné.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX

A NOTRE JURY :

MONSIEUR LE DOCTEUR H. LEGER
Agrégé d'Anatomo-Pathologie
Maître de conférences d'anatomie pathologique
Médecin des Hôpitaux
Officier d'Académie

Il nous a accueilli avec autant d'intérêt que de cordialité et nous a largement aidé, en nous faisant bénéficier de son expérience de grande valeur.

Qu'il trouve ici la marque de notre reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGOUIGNAN
Agrégé de Médecine générale
Médecin des Hôpitaux
Croix de Guerre
Officier d'Académie

Par l'enseignement de haute valeur qu'il nous a prodigué, il est de ceux qui contribuèrent à nous donner le sens du devoir médical.

En témoignage de vifs remerciements.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ED. BESSIERES
Professeur de Clinique Ophtalmologique
Ophtalmologiste des Hôpitaux
Officier de l'Instruction Publique

Nous avons trouvé auprès de lui des marques de sympathie renouvelées à maintes reprises.

Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. MAGENDIE

Professeur de Clinique Gynécologique

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Officier de l'Instruction Publique

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et nous a obligeamment conseillé dans son élaboration.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude respectueuse et de notre entier dévouement.

Introduction

L'étude des formations kystiques broncho-pulmonaires, malgré l'ancienneté des premières observations, reste une question d'actualité autant que celle des cancers bronchiques cependant plus fréquents. La possibilité d'un passage des premières de ces formes aux secondes sort du cadre classique établi à ce jour. En particulier, bien que le kyste bronchogénique ou kyste du poumon proprement dit, réalise une formation tumorale, la classification nosologique en cours ne lui reconnaît aucun point commun de malignité avec les tumeurs bronchiques carcinomateuses ou celles dites épistomes, au seuil de la malignité.

Cela pourrait sembler un argument de valeur pour établir un pronostic vital, favorable au malade porteur de kyste, en même temps qu'un élément de sécurité pour le clinicien.

Le cas que nous rapportons va à l'encontre de ces notions et les éclaire d'un enseignement nouveau. Il nous a été communiqué par M. le Docteur Petriat, qui voudra bien trouver ici l'expression de notre sincère gratitude pour l'amabilité avec laquelle il nous a fourni ces documents et guidé dans l'exposé de cette thèse.

Notre travail fut orienté par M. le Professeur Léger qui a bien voulu nous faire profiter de ses

connaissances dans le vaste domaine de l'Anatomo-Pathologie. Nous l'en remercions.

En tenant compte d'observations antérieurement publiées qui se rattachent à ces dégénérescences, nous sommes amenés à penser que les kystes bronchogéniques présentent parfois une évolution maligne. Leur nature congénitale ne nous semble pas, du reste, étrangère à cette évolution comme nous le verrons.

Le plan de travail que nous avons adopté est le suivant:

— Le premier chapitre contient l'exposé de cas décrits sous la rubrique Kystes bronchogéniques dégénérés.

Nous y avons joint notre observation.

— Le second chapitre fait un rappel anatomo-clinique des kystes bronchogéniques et des épithéliomas à stroma remanié.

— Le troisième chapitre est destiné à la critique des cas rapportés. Nous y envisageons les erreurs d'interprétation auxquelles peut donner lieu l'association de formation kystique et de tumeur maligne vis-à-vis d'un kyste bronchogénique dégénéré.

— Le dernier chapitre est un essai d'interprétation de ces transformations.

En outre, il contient en raccourci leur pronostic et leur traitement. Celui-ci nous paraît être essentiellement chirurgical.

Notre modeste travail a simplement pour but d'apporter quelque contribution à l'étude de la transformation maligne des kystes bronchogéniques.

CHAPITRE PREMIER

Quelques cas de kystes bronchogéniques accompagnés de dégénérescence

Depuis la fin du XIX[e] siècle, différents auteurs citent les malformations kystiques bronchogéniques comme facteurs de dégénérescence, mais, de leur propre aveu, il leur fut rarement possible de le prouver. Les publications suffisamment précises témoignant de ces transformations sont en effet réduites, qu'il s'agisse de kystes bronchogéniques isolés ou de plusieurs kystes associés réalisant un aspect de la maladie polykystique. A la date de 1953, KOROL (1) établissait une statistique des « cas de Poumons polykystiques congénitaux rapportés dans l'ensemble de la littérature ». Il relevait environ 500 cas. Dans 45 d'entre eux l'on rencontrait « accidentellement » le cancer. (*Diseases of the chest* - Avril - 1953).

Nous rapportons les cas de dégénérescence publiés dans la littérature française et étrangère que nous avons pu consulter à ce sujet.

Cette dégénérescence peut revêtir soit le type du carcinome classique du poumon, soit le type d'épithélioma à stroma remanié comme dans notre observation.

I. — CAS OU LA DEGENERESCENCE A PRIS LE TYPE D'UN CARCINOME CLASSIQUE DU POUMON

Nous n'avons trouvé que des cas de kystes du poumon, où la dégénérescence a pris le type banal du cancer du poumon. Voici, dans l'ordre chronologique, ces différentes observations :

Sans apporter de cas probants à l'appui, APPEL (2), en 1904, dans sa Thèse « Contribution à l'étude de la dilatation bronchique congénitale », traite de l'évolution de certains kystes. Il admet que l'on peut rencontrer « un aspect véritablement néoplasique qui semble, selon toute vraisemblance, représenter les formes ultimes de la dégénérescence épithéliale bronchique ». Il interprète dans ce sens les cas publiés par CHIARI (3) (1883), et WEICHSELBAUM (4) (1889), sous le titre, pour ce dernier, d'« Adénocarcinome papillaire du poumon ».

Quelques années plus tard, à la « Société de Médecine des Hôpitaux de Paris » (Déc. 1913), GARNIER (5) rapporte l'observation qui suit sous le titre de « Dilatation des bronches d'origine congénitale. »

Femme de 36 ans secondipare, à terme, qui en fin d'accouchement, sans raison apparente, présentait un état dyspnéique avec début de collapsus. On pratiquait un forceps pour abréger ses douleurs, L'état dyspnéique, au lieu de s'améliorer, allait en s'aggravant et la malade décédait dans les heures qui suivaient.

Dans ses antécédents, elle n'avait signalé que quelques hémoptysies d'étiologie imprécisée.

A l'autopsie, l'examen des poumons révèle la présence de multiples cavités kystiques occupant le sommet du lobe

supérieur droit. Leur paroi est recouverte d'une couche de cellules cubiques. Sous l'épithélium, tissu cellulaire lâche, infiltré de cellules lymphatiques. Plus profondément, le conjonctif devient dense et délimite des mailles qui contiennent des cellules épithéliales disposées sans ordre. Ces cellules sont de formes irrégulières. Leur noyau est central ou périphérique ; parfois, il existe deux noyaux. « Sur quelques coupes, la prolifération cellulaire est assez abondante pour donner l'aspect de carcinome ».

Il faut attendre l'année 1928 pour voir SCHWITER (6), rapporter cinq cas. GRAHAM (7) les publie par ailleurs dans son ouvrage « *Surgical Diseases of the Chest* » (1935).

Nous n'avons pu bénéficier de renseignements détaillés. Il s'agissait de cinq kystes bronchogéniques qui s'associaient chacun avec une tumeur maligne. SCHWITER établit la notion de dégénérescence les reliant. L'âge de ses malades variait de 42 à 65 ans, pour deux femmes et trois hommes.

Peu de temps après, d'intéressants apports sont communiqués dans deux Thèses qui feront date car elles servent de référence aux ouvrages ou articles consacrés depuis à l'évolution des kystes congénitaux du poumon. [LECŒUR (8), PRUVOST (9)].

C'est ainsi que CHAROLLAIS (10), en 1937, dans une étude des « kystes aériens du poumon chez l'adulte », cite l'observation suivante :

Sujet marocain, engagé, 37 ans, porteur d'un « kyste aérien », qui avait présenté deux hémoptysies dix ans avant l'épisode de suppuration qui l'emporta en cinq jours.

Il présentait à la radio une image hydroaérique, comme une grosse orange, siégeant en plein parenchyme et faisant penser à un abcès du poumon.

« *A l'autopsie* : Pas d'adhérences pleurales mais nodules blanchâtres et durs dans la partie supérieure du poumon droit.

A la coupe, volumineux abcès contenant un pus grisâtre, la paroi de la cavité présente des cryptes et des épaississements semblables à des piliers de ventricules cardiaques.

Les deux autres cavités contiennent un peu de sérosité.

L'examen histologique montre :

— Un épithélioma cylindrique reconnaissable seulement au fond des cryptes de la paroi.

— Des fibres élastiques avec des néo-vaisseaux sous la couche basale.

— Sclérose pulmonaire associée ».

L'auteur conclut :

« C'est donc bien un kyste suppuré du poumon droit associé à deux autres petits kystes à l'état pur.

Observation intéressante par la latence de l'affection qui se révéla par une complication mortelle en cinq jours et par l'intérêt que présente l'examen histologique de la pièce pour préciser le diagnostic de kyste aérien suppuré du poumon ».

A son tour, dans sa Thèse sur « Les Hémoptysies dans les kystes aériens du poumon » (Paris 1941), DUBARRY (11), cite cette observation :

Homme âgé de 48 ans, depuis plus de 10 ans présente une toux banale et de petites hémoptysies très fugaces, une ou deux fois par an. Bronchorrée séro-muqueuse.

En présence d'une expectoration devenue purulente qui s'accroit, sans B.K., sans atteinte de l'état général, on décide de l'opérer de kyste aérien suppuré lobaire supérieur gauche, suivi radiographiquement depuis dix ans.

A cette date, les clichés précisent le contour intérieur de la cavité, extrêmement irrégulier et bourgeonnant. La trachée est repoussée vers la droite. Il existe une notable quantité de liquide en rétention dans la *caverne*.

L'auteur fait la description de la lobectomie (9/VII/1940. O. MONOD 11).

L'examen histologique (Dr GAUTHIER-VILLARS 11 - deux photos).

... Dans l'ensemble, il s'agit d'une tumeur maligne du type des épithéliomas malpighiens spino-cellulaires. On ne peut pas préciser s'il s'agit d'une désintégration pseudo-kys-

tique dans une tumeur massive ou d'un kyste ancien avec développement ultérieur d'un cancer. Cependant, le caractère déjà ancien de la cavité apparait bien, pusqu'il n'existe, d'axes conjonctifs très riches en vaisseaux et de suffusions hémorragiques, que dans la zone qui avoisine directement la cavité.

DUBARRY termine :

Ainsi : l'histologie seule ne peut conclure mais la clinique nous renseigne. En effet, depuis dix ans le malade était porteur d'une vaste image cavitaire sans modification, et son état général n'était pas altéré.

Il semble donc bien que l'on se trouve en présence d'un kyste aérien du poumon ayant subi la transformation maligne. Les hémoptysies nous paraissent avoir été le témoin de remaniements tissulaires de la paroi kystique.

A la même époque (1941), WOMACK (12) et GRAHAM, dans l' « *American Journal of Pathology* », sous le titre « Hyperplasie épithéliale dans la maladie polykystique du poumon » font part d'une statistique de 9 cas. Parmi ceux-ci, 3 avaient subi un passage évident à la malignité du type épidermoïde.

Dans la revue « *Journal of Thoracic Surgery* » MOERSCH (13) et CLAGETT rapportent, en 1947, l'histoire clinique de 2 kystes dégénérés dont nous ne possédons que les renseignements suivants :

— Pour l'un, opéré chez un homme de 36 ans, siégeant dans l'hémi-thorax gauche, la transformation maligne était de forme épidermoide.

— Pour l'autre, qui était un kyste du pédicule pulmonaire, l'examen histologique après exérèse permit de découvrir un adéno-carcinome chez une femme de 22 ans.

L'année suivante, ROGERS (14), signale deux cas. L'un analogue au précédent, l'autre, celui d'une maladie polykystique bilatérale dont l'évolution maligne rapidement mortelle évoque une for-

me anaplasique, développée au niveau d'un des deux lobes supérieurs.

Ces dernières années, en France, BROCARD (15) et BAUMANN ont décrit « l'Association d'un cancer bronchique et d'un état kystique broncho-pulmonaire du même lobe » dans le *Journal de Médecine et Chirurgie Thoracique* (Avril 1951).

Un ouvrier de 51 ans, au cours d'une visite d'embauche, était porteur d'une image pathologique qui amena son hospitalisation le 20-11-1950.

Les clichés montraient que les 2/3 supérieurs du lobe gauche étaient creusés de multiples cavités tandis que sa partie inférieure correspondante à la lingula était le siège d'une opacité homogène.

Les clichés successifs montrèrent que ce lobe tendait à se rétracter et que ses cavités semblaient devenir de plus en plus volumineuses.

D'abord envisagé, le diagnostic de tuberculose fut éliminé, à la suite d'examens complémentaires négatifs.

A la bronchoscopie, existence de nappes de pus, mais l'orifice lobaire supérieur est normal sans sténose.

Malgré le cyto-diagnostic révélant l'existence de cellules néoplasiques du type épidermoïde différencié, on hésitait à admettre celui de cancer bronchique tant celui de lobe pulmonaire kystique paraissait évident.

Le 3-4-1951, le malade subit une Pneumonectomie.

« *L'examen de la pièce opératoire* montre la coexistence des deux lésions supposées. Une lésion végétante existait au niveau de la lobaire supérieure gauche avec infiltration se continuant sur la bronche lingulaire et présence de cavités d'aspect bronchectasique dans la lingula.

L'examen histologique confirme ces données. Aucun revêtement épithélial dans une cavité du segment apical, limitée cependant par une bande inflammatoire et nécrotique, avec un tissu pulmonaire atélectasique.

Le bourgeon de la bronche lobaire supérieure était constitué par un épithélioma pavimenteux spino-cellulaire typique.

Au niveau de la lingula pas de néoplasie mais des lésions inflammatoires et scléreuses avec des cavités revêtues d'un épithélium cilié de type bronchique.

— ... Il est logique de penser qu'une altération congénitale de l'arbre bronchique supérieur gauche a fait le lit de la dégénérescence maligne comme on le note parfois dans divers organes.

Devant les résultats de l'examen anatomique, il est évident que l'état kystique a précédé le cancer, mais celui-ci a dû aggraver cet état ».

Il y a 3 ans seulement, KOROL (1), dans la revue *Disease of the Chest* (April 1953), étudiait les corrélations entre cancers bronchiques et poumons polykystiques congénitaux (*Congenital cystic Emphysema of the lung*). Il tirait les résultats de ses travaux antérieurs et de l'analyse d'une statistique basée sur l'ensemble de la littérature dont nous reparlerons. Il rapportait 10 cas personnels. Voici, résumé, le plus démonstratif :

Vétéran de la guerre (1914-1918), suivi à plusieurs reprises depuis 1922 pour « pneumothorax localisé du lobe supérieur droit » avec toux et crachats hémoptoïques. De plus le lobe apparait collabé.

Il est hospitalisé en 1931 pour symptomes de tumeur du cerveau. Depuis un an, apparition d'algies thoraciques sévères au sommet de l'hémithorax droit et toux harassante. Décédé en 1932.

A l'autopsie, pas de pneumothorax mais le lobe supérieur droit est constitué de plusieurs kystes pulmonaires. Dans l'un d'eux, tumeur en choux-fleur. Il existe plusieurs nodules fermes, blanc-jaunâtres de un centimètre de diamètre le long de la bronche lobaire supérieure droite.

Histologiquement : « Prolifération de cellules épithéliales prenant l'aspect trabéculaire et infiltrant, ayant l'apparence d'éléments spino-cellulaires.

Nombreuses figures mitotiques.

Métastase cérébelleuse gauche.

Les cavités pulmonaires sont revêtues d'épithélium cubique ».

Plus récemment, en 1955, dans la même revue, LARKIN (16) et PHILIPPS publient l'intéressante observation que nous résumons :

Homme, qui en 1949, à l'âge de 53 ans, a présenté un état dyspnéique fébrile accompagné de toux, d'une expectoration banale et d'une hypersonorité du sommet de l'hémithorax droit. On l'hospitalise à cette époque et on porte le diagnostic de sclérose pulmonaire du lobe moyen.

En 1950, l'évolution faite de poussées infectieuses et les clichés pulmonaires devenus évocateurs font porter le diagnostic de kyste du poumon surinfecté. La bronchoscopie et le cyto-diagnostic n'apportent pas de renseigements supplémentaires.

On pratique l'exérése en 1951 (sans que son étendue soit précisée).

L'examen anotomo-pathologique montre un cancer épidermoïde développé dans la paroi (*in the wall*) d'un kyste bronchogénique. Il envahit le poumon mais sans extension apparente aux vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Traitement radiothérapique complémentaire.

Une récidive locale avec métastase cérébrale se produit deux ans après.

Nous reviendrons sur quelques-uns de ces cas publiés qui révèlent la fréquence relative du cancer épidermoïde au cours des transformations malignes des kystes bronchogéniques.

II. — CAS OU LA DEGENERESCENCE A PRIS LE TYPE DE L'EPITHELIOMA « A STROMA REMANIE »

Dans les différents ouvrages que nous avons consultés et qui traitent de ce sujet, nous n'avons pu trouver trace d'une observation semblable, antérieure à la nôtre. Ce fait nous paraît être au premier abord paradoxal. En réalité l'étude anatomo-pathologique approfondie de l'épithélioma à stroma remanié d'origine bronchique n'a été faite qu'assez récemment.

Voici notre *Observation :*

M^me^ C... Marie, sans profession, née le 4 août 1899, est âgée de 57 ans.

Mi-février 1955, elle est adressée au Service de Chirurgie pulmonaire de Bagatelle par le Docteur ETCHEVERRY, pour une tumeur isolée importante de la région para-hilaire et apicale gauche.

Histoire Clinique :

— En 1951, M^me^ C... présente une forte grippe qui nécessite un alitement de 15 jours. Après traitement, suites apparemment excellentes.

— En 1953, au mois de juillet, épisode broncho-pulmonaire avec état dyspnéique, point de côté thoracique postérieur gauche, palpitations cardiaques et une expectoration modérée. De plus, crises fébriles rémittentes. Ceci contraint la malade à garder le lit trois semaines. Les troubles fonctionnels se prolongent et, au mois d'août, s'accompagnent de crachats hémotoïques qui attirent l'attention.

Les examens biologiques : sang, crachats, n'apportent pas de renseignements supplémentaires.

Les exames radiologiques (face, profil et O. A. G.) du 14-10-1953, découvrent une image oblongue occupant sensiblement la région para-trachéo-hilaire du lobe supérieur gauche en position médiane d'avant en arrière. Le diagnostic de kyste bronchique est attribué à cette image. Une radio de face pratiquée trois mois après, est sans changement.

— Début 1954, à la suite d'une poussée inflammatoire, la malade est vue à plusieurs reprises par différents praticiens. Ceux-ci réservent leur diagnostic en raison de l'état précaire de la malade. Il est peu brillant à la suite de troubles de surinfection dont la répétition va croissante. Sous l'effet de thérapeutiques antibiotiques et sédatives, l'amélioration se produit régulièrement.

Toutefois, un nouvel examen, fin mai, donne les mêmes signes.

Le 10 juin de la même année, au cours d'une autre poussée congestive, hémoptysie très importante à laquelle succède une vomique purulente le lendemain.

L'état général parait très atteint.

L'examen radiologique (face et profil) au décours de sa convalescent le 29 juillet et le 13 août, présente un aspect à peu près inchangé.

A la suite de ces alternatives d'aggravation et d'amélioration son état reste médiocre et stationnaire. Un examen tomographique, dont on lira ci-après le résultat, est pratiqué le 20-1-1955.

Consciente des risques qu'elle court et se rangeant aux conseils de son médecin-traitant, Mme C... se décide à l'hospitalisation pour compléter le bilan clinique et éventuellemet pour intervention.

Examen à l'entrée (15 février 1955) :

C'est une femme de petite taille, en assez bon état général à cette date, bien qu'elle ait maigri de plusieurs kilos ; sa symptomatologie clinique est pauvre. On note : une submatité du sommet gauche.

La T.A. est de 15-8, avec quelques crises tachycardiques passagères accompagnées de palpitations.

Antécédents héréditaires : Elle signale le décès de ses parents à la suite d'affections pulmonaires.

Antécédents collatéraux : une sœur plus âgée qui présente de fréquentes crises d'asthme.

Notre malade, hormis les oreillons dans son enfance, est indemne de toute affection sérieuse et notamment coqueluche ou état dyspnéique aigu. A la suite d'un traumatisme du bassin dans un accident de chemin de fer, elle présente une boiterie importante.

Elle est nullipare et sa ménopause s'est réalisée au cours de l'année 1953.

Examen radiologique (photo n° 1) en vue d'une décision opératoire. Il avait été pratiqué le 20-1-1955 par M. le docteur MARTIN.

— L'examen tomographique a été effectué en incidence frontale à 8, 9, 10, 11 et 12 cm. et complété par des tomographies de profil de 1 à 6 cm. du plan sagittal médian.

L'opacité para-médiastinale gauche est bien visible dans les différents plans étudiés, mais à des degrés différents selon sa portion supérieure ou inférieure en raison de son obliquité en bas et en avant.

A 8 cm., c'est le dôme de l'opacité en position apicale et rétro-claviculaire que l'on perçoit avec netteté, tandis qu'à 9 et 10 cm., c'est la portion moyenne qui est nette.

A 11 et 12 cm., près du hile, la densité supérieure est beaucoup plus faible, et l'on voit l'insertion de l'image pathologique au voisinage de la corne hilaire supérieure.

Le bord externe est régulier, légèrement bosselé, surchargé par les arborisations vasculaires habituelles.

— Sur les coupes tomographiques en incidence sagittale l'image est nette dans les plans 3, 4 et 5. Elle vient s'insérer sur la corne hilaire supérieure et entre-croise la clarté de

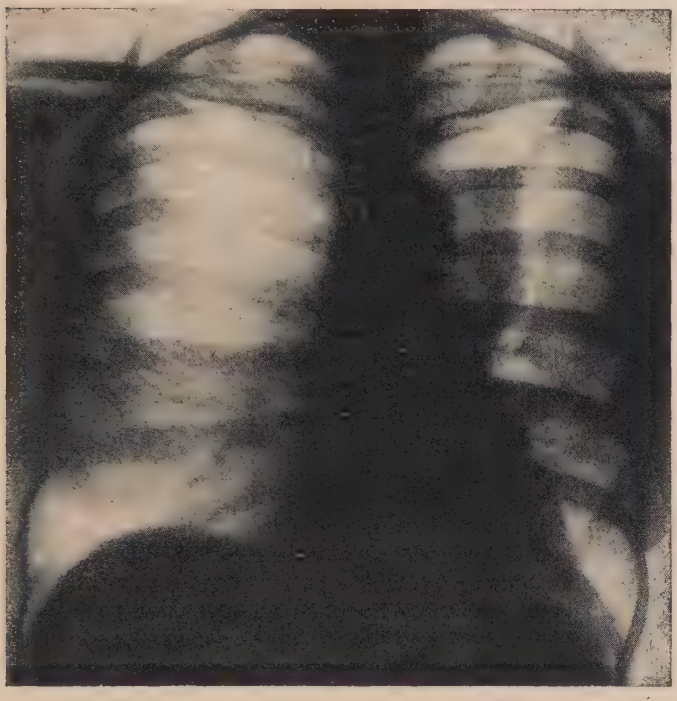


Photo N° 1. — Kyste bronchogénique lobaire supérieur gauche. (On voit le couloir clair entre la masse kystique et le Médiastin).

la trachée, qui impressionne encore tous les clichés en raison de son parallélisme avec la trajectoire de balayage tomographique.

L'image à un bord antérieur arrondi, qui vient, semble-t-il, refouler en avant les vaisseaux lobaires supérieurs, et explique ainsi les contours arborescents qui sont perceptibles à ce niveau notamment dans le plan 3.

En arrière, le bord est rectiligne dans la portion rétrotrachéale. La limite supérieure vient se perdre au niveau de l'extrême sommet. On a l'impression que ce bord postérieur peut correspondre au plan scissural oblique très fortement surélevé.

— Il est difficile de préciser par le seul examen radiologique l'identité de cette masse qui pose le problème des opacités denses, homogènes, assez bien limitées, latéro-médiastinales. Si l'on tient compte de l'anamnèse, de la topographie de cette anomalie, il semble raisonnable de retenir l'éventualité avant tout d'une tumeur du poumon sans doute bénigne ; ce qui ne permet point d'écarter une image du type kystique plein, à point de départ hilaire gauche et à propagation apicale, venant s'appuyer sur le plan scissural oblique.

Par ailleurs, on fait en même temps un examen graphique du rachis pour cervicalgies fréquentes. Il révèle l'absence de malformations grossières des vertèbres cervicales (signalées fréquemment en association, avec les malformations kystiques par HOUGTON [17], plus récemment MOURGUES-MOLINES [18]). Cependant on découvre des signes assez typiques de spondylose avec ébauches de bec osseux et, de plus la présence d'images d'arthrite unco-vertébrale.

Notons qu'un an après, ces arthralgies épisodiques seront sans changement.

Examen bronchoscopique (Docteur CASTAING) montre une bronche lobaire supérieure gauche aplatie et coudée à sa naissance; aspect et mobilité sensiblement normaux ; présence réduite de mucosités. Il existe une coudure de la bronche qui ne peut être redressée. Cet aplatissement et cette coudure sont dûs probablement à une compression extrinsèque.

Le Cyto-diagnostic après prélèvement par broncho-aspiration n'apporte pas de renseignements complémentaires.

Il n'a pas été pratiqué d'examen lipiodolé bronchographique.

Examens de Laboratoire :

G.R. : 3.760.000 G.B. : 3.200
Valeur globulaire = 1.
Formule leucocytaire : Poly 60%.
Lympho 37 %.
Mono 3 %.
La réaction de CASONI est négative.

Analyse d'urines : Traces d'albumine.
Culot de centrifugation abondant sans élément de valeur notable.
Aucune flore microbienne au « Gram ».
Notamment recherche négative du B.K.
Diminution du rapport $\frac{\text{Phosphate}}{\text{Urée}}$

Absence de B. K. dans les crachats et le prélèvement de la broncho-aspiration.

Exploration fonctionnelle respiratoire (Dr CASTAING)
le 15 février 1955

Taille : 1,45 m — Poids : 52 kg — S. C. : 1,43 m²	Théorique	Observé	%
	—	—	—
Air courant		210	
Air complémentaire		1.800	
Capacité vitale	2.430	1.950	84
Air de réserve		210	
C.P.U.E. (épreuve de Tiffeneau)			
D. R. Mx	64.500	47.000	73
Rythme resp/mi		15	
Ventilation L/Mi		3.150	
Consommation O_2/Mi		180	

Que retirer de l'histoire clinique et des examens pratiqués ?

— La longueur de l'évolution entrecoupée de poussées fébriles avec crachats hémoptoïques, le premier symptôme apparu remontant en 1951.

— L'allure globale de l'image radiologique en forme d'aubergine ancrée sur le hile ; à contours assez réguliers malgré l'atélectasie surajoutée ou les alternatives d'extension et de régression de l'image à intervalles éloignés tenant aux poussées de suppuration périkystique.

— La faible croissance volumétrique.

— Et surtout le couloir clair entre la masse et le médiastin.

Ce qui conduit à envisager le diagnostic de kyste bronchogénique.

Ces arguments, en effet, écartent la lésion du cadre des tumeurs du médiastin et posent le *problème des tumeurs broncho-pulmonaires*.

Le cancer bronchique, qu'il soit primitif ou secondaire, étant de loin la plus fréquente de ces tumeurs, c'est la première hypothèse soulevée. Elle est tout aussi rapidement rejetée : état général qui se maintient, image sans modification à plus d'un an d'intervalle.

Pour les mêmes raisons, en outre à cause de son âge : 56 ans, de l'examen bronchoscopique atypique, on peut éliminer également un adénome.

L'absence de toute image hydroaérique au cours de cette évolution permet de repousser l'hypothèse d'un abcès qui, par ailleurs, serait d'évolution inhabituelle.

Les aspects radiologiques de la tuberculose (tuberculomes, cavernes pleines surtout) furent évoqués sans retenir notre attention. Quant aux autres tumeurs, lymphangiomes, chondromes, leur rareté permettait de les éliminer à priori.

Les kystes pulmonaires pleins non parasitaires n'ont pas de siège d'élection et sont sans critères de diagnostic pathognomonique ; aussi, l'histoire clinique, la forme de cette opacité, les apports sélectifs des examens complémentaires orientent les recherches vers ce cadre nosologique.

L'indication opératoire est formelle, motivée par les nombreuses poussées de type broncho-pneumonique avec hémoptysies qui, à chaque fois, mettaient la vie de la malade en danger et faisaient d'elle une infirme.

La malade est opérée le 18 *février* 1955, par thoracotomie gauche dans le sixième espace intercostal, avec résection de la sixième côte. Le poumon est libre, sauf au sommet où quelques brides sont facilement libérées. Le parenchyme du lobe supérieur est congestionné, atélectasié, à l'exception de sa partie axillaire normalement aérée. La palpation révèle une tumeur solide s'étendant du pédicule pulmonaire à l'apex, tumeur entourée de tissu pulmonaire atélectasié. On délimite mal vers le hile la partie inférieure de la tumeur.

Photo N° 2. — Pièce d'exérèse du kyste (Mme C...).

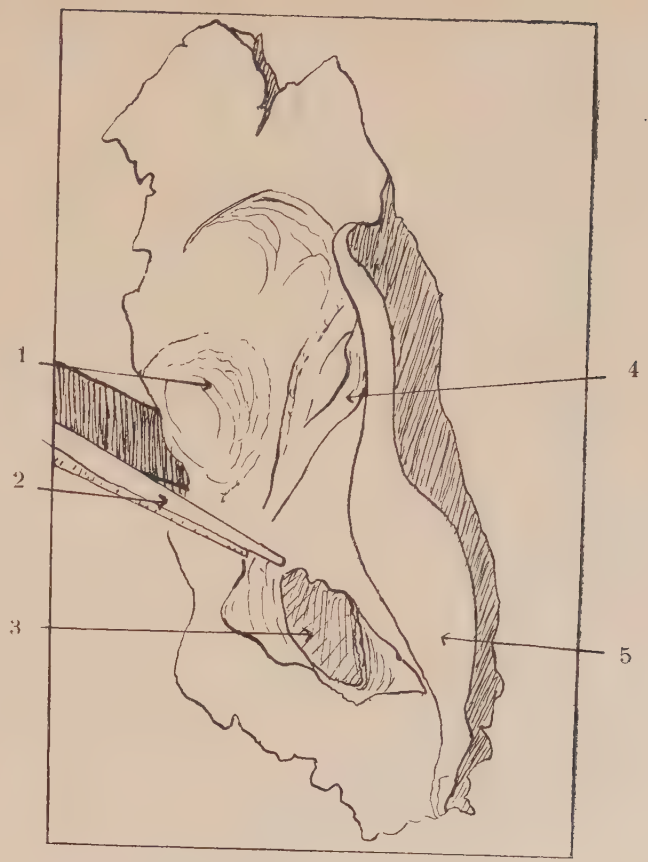


Schéma de la Photo N° 2.
1. Cavité centrale du kyste. — 2. Pince. — 3. Diverticule du kyste ouvert et vidé de son contenu. — 4. Pédicule (du kyste). — 5. Bronche (Lob. sup. G.) ouverte.

Dissection : On découvre l'artère pulmonaire et on dissèque les branches artérielles du lobe supérieur.

Elles cheminent dans un tissu atélectasié friable et renfermant de la sérosité purulente.

La disposition des vaisseaux est la suivante :

— Un tronc artériel apico-dorsal qui contourne la tumeur en dedans ;

— Une artère ventrale qui chemine dans le parenchyme, recouvrant la face postérieure de la tumeur. Cette artère contourne ensuite la face externe du kyste ;

— Une artère lingulaire qui chemine sur la face externe de la tumeur.

Il n'existe donc pas d'anomalie artérielle.

La base du kyste adhère fortement à la bronche lobaire supérieure gauche qu'elle cravate sur sa moitié postérieure et à 3 ou 4 mm de l'origine de cette bronche.

Cette base représente un diverticule inférieur du kyste et non son pédicure vrai (photo n° 2).

Ne pouvant pratiquer une énucléation du kyste, on clampe la bronche lobaire supérieure que l'on sectionne au ras du tronc souche, après section et ligature des artères.

Le thorax est refermé plan par plan sous couvert d'un drain.

Suites opératoires normales, sans complications. Sortie du Service, le 11 mars 1955.

— Le 4 avril 1955, l'image thoracique est normale.

Un contrôle radioclinique en date du 26 septembre 1955 et du 10 avril 1956 confirme l'amélioration de l'état général avec reprise pondérale et trame pulmonaire normale, en particulier pas de séquelles fonctionnelles.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce est pratiqué par M. le Professeur H. LÉGER.

Kyste bronchogénique.

Macroscopiquement (photo n° 2) : Kyste de moyen volume de forme oblongue, avec un diverticule vers la base et un fin pédicule se raccordant à une portion plus périphérique de la bronche ; présence sur la cavité interne de masses charnues comblant la cavité ; la surface externe est irrégulière.

Microscopiquement : la paroi de l'importante cavité kystique examinée se montre formée par un tissu fibro-conjonctif assez dense, possédant de nombreux vaisseaux et parsemée de coulées inflammatoires lympho-plasmocytaires.

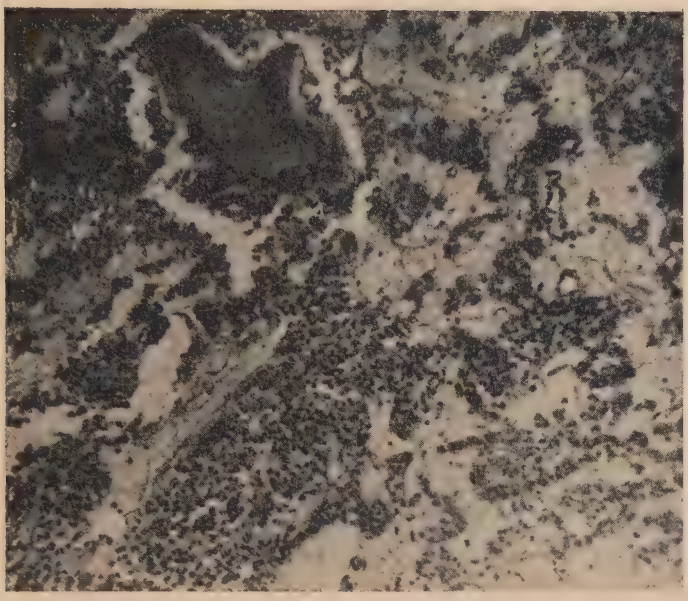
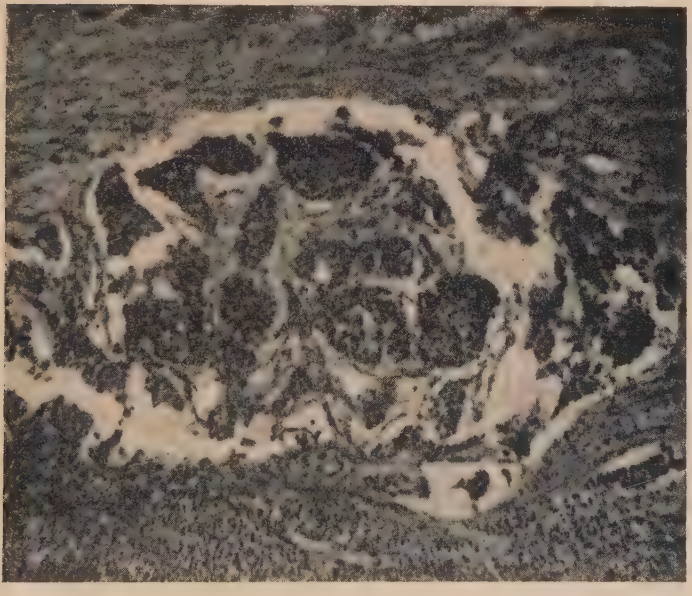


Photo de Coupe N° 3. — Epithélioma à stroma remanié (type carcinoïde).

(Côté paroi du kyste)



(Côté cavité du kyste)

Photo de coupe N° 4. — E. S. R. (type carcinoïde). — Eléments cell. en formations alvéolaires dans un stroma à dégénérescence mucoïde.

Vers la surface extérieure existent des formations cavitaires tapissées par un épithélium cubique accompagné de quelques PLAQUES CHONDROïDES, ce qui est tout à fait en faveur de vestiges bronchogènes.

Du côté de la surface intérieure, on a souvent affaire à un revêtement cubique aplati. En plusieurs points par contre, on observe une prolifération de petites cellules polyédriques régulières sans grandes anomalies nucléaires tassées étroitement et arrivant par places à dessiner de larges nappes (figure n° 3) (ceci aboutit à la formation des masses charnues observées macroscopiquement).

Ces nappes de cellules sont séparées les unes des autres par des trames fibro-conjonctives contenant parfois une substance muci-carminophile (figure n° 4) de telle sorte que l'on se trouve incité à penser que l'on a affaire à un EPITHELIOMA A STROMA REMANIE de type carninoïde développé sur une malformation bronchogénique.

CHAPITRE II

Rappel Anatomo-Clinique relatif aux kystes bronchogéniques et aux épithéliomas à Stroma remanié

Comme nous l'avons annoncé dans notre introduction, avant de faire l'étude critique des observations de dégénérescence rapportées, nous envisagerons :

1) Ce que l'on entend par kystes bronchogéniques et la nature de ces kystes;

2) Et, à propos de notre observation, les caractères cliniques ainsi qu'histologiques des épithéliomas à stroma remanié. Nous situerons ceux-ci dans le cadre des cancers du poumon par ailleurs bien connu.

Les acquisitions récentes dans le domaine de ces deux affections nous paraissent motiver cette révision.

I. — Qu'est-ce qu'un Kyste bronchogénique ?

L'expression de « kyste du poumon » sert toujours à désigner des entités anatomo-cliniques très différentes; ces kystes sont encore qualifiés « d'aé-

riens », terme en l'occurrence aussi vague qu'impropre.

Lecœur (8), en 1950, sous le titre de « Kystes bronchogéniques », désignait les kystes bronchogéniques liquidiens ou aériens, la maladie polykystique et les « ectasies broncho-alvéolaires ».

Galy et Delarue (19), un an plus tard, suivis depuis par d'autres cliniciens, tout récemment Witz (20), écartent de l'étude des kystes du poumon non parasitaires, les kystes bronchogéniques qu'ils limitent aux kystes du pédicule pulmonaire. Ils attribuent cependant à certains « kystes du poumon » une origine embryonnaire analogue. Il en est de même dans le travail de classification de Murphy (21) et Piver (1951) sur « la maladie kystique » des poumons et après le symposium de Bruxelles en 1955.

— *En se référant à ces travaux récents, la classification des formations kystiques broncho-pulmonaires non parasitaires, dont font partie les kystes bronchogéniques, se trouve ainsi précisée :*

1) Les kystes à revêtements bronchiques que nous détaillerons;
2) Les kystes à revêtement parenchymateux;
3) Les Pneumatocèles.

1° *Kystes à revêtement bronchique :* Sont congénitaux ou acquis, immuables habituellement et exposés à des complications, donc relevant de la chirurgie.

Les kystes congénitaux ou « cavités sécrétantes et remplies de liquide ou qui le furent » sont essentiellement les kystes vrais du poumon. Ils comprennent les kystes du pédicule pulmonaire et les autres kystes du poumon.

A. — Les premiers, véritables tumeurs embryonnaires d'ordre respiratoire, sont les *kystes bronchogéniques*. Leur diamètre dépasse rarement cinq centimètres, et ils sont en règle générale isolés. Plus que les suivants, ils sont à rapprocher des hamartomes ou hamarto-chondrokystomes d'ALBRECHT (22), et JAEGER (23) (1935), dûs au développement pathologique de tissus composant normalement l'organe dans lequel ils prennent naissance : ici la bronche.

Selon le moment d'isolement du germe embryonnaire, ils sont soit extra-pulmonaires, dits « du médiastin », (BADIN (24), en dénombrait 45 cas en 1954), soit au contact des grosses bronches (notre cas).

B. — Les seconds dits habituellement *kystes du poumon* se présentent aussi sous deux formes :

— Les uns, isolés, de grand et moyen volume (avec ou sans lobe séquestré, malformé ou supplémentaire, avec ou sans trouble vasculaire, de même que pour les kystes bronchogéniques).

Pour WITZ (20), cette forme de kyste se localiserait essentiellement dans le segment dorso-basal du lobe inférieur, sans communication avec la bronche avoisinante.

— Les autres multiples ou confluents, d'un lobe ou d'un poumon, auxquels ont peut assimiler la maladie polykystique (*congenital cystic emphysema*).

Ces deux forme de kystes se développent à partir de bronchioles; ce sont des *kystes bronchiogéniques*.

Notre cas se situe à la limite de ceux-ci et du groupe de kystes bronchogéniques.

Précisons que dans le titre de notre thèse, le terme de bronchogénique désigne indistinctement l'ensemble de ces deux groupes de kystes congénitaux.

Les kystes acquis, à revêtement bronchique, sont des abcès et cavernes épithélialisés, bronchectasies ampullaires, ou, néoformations cavitaires de processus secondaire.

2° Les kystes à revêtement parenchymateux (bulles d'emphysème : banal, obstructif et de poumons scléreux). Il s'agit là de maladie générale, d'évolution progressive, rarement justiciable de la chirurgie.

3° Les « Pneumatocèles » : abcès distendus, cavernes distendues, foyers d'infarctus distendus, enfin, atrophie localisée distendue « emphysémateuse ». Elles s'opposent aux lésions précédentes par leur réversibilité.

— *Sur quels critères établiera-t-on la notion de dysembryoplasie du kyste vrai,* qu'il soit broncho ou bronchio-génique ?

On peut en invoquer de nombreux. Voici ceux qui paraissent les plus valables au point de vue *macroscopique.*

a) La notion de maladie héréditaire et familiale. Elle ne peut être invoquée pour notre cas.

b) La présence d'une anomalie vasculaire éventuellement une séquestration pulmonaire concomittante. Notre pièce d'exérèse n'en comportait pas.

c) L'association d'un kyste plein avec un kyste aérien ou d'autres malformations congénitales (pancréas, reins) (anomalies du squelette, des vertèbres. Hougton (17), Mourgues - Molines (18). Ce n'était pas le cas de notre observation.

d) Identité d'aspect entre les kystes notoires, ainsi que la maladie polykystique du jeune enfant dont l'origine congénitale apparaît avec violence, et certains kystes de l'adulte. C'est un élément qui fut retenu.

e) Analogie de quelques kystes pulmonaires avec des kystes pédiculaires dont le caractère de dysembryoplasie ne fait pas de doute, GALY et DELARUE (19). C'est le cas de notre observation; le kyste entrait en rapport à distance de 2-3 mm. avec la bifurcation de la bronche souche gauche en position juxta-médiastinale; de ce fait, il est à la limite du cadre nosologique des kystes pédiculaires et extra-pulmonaires. DORNON (25), LECŒUR (8).

Les *particularités histologiques* de structure de la paroi de ces kystes apportent des arguments de valeur.

— Présence des éléments de la paroi bronchique, entre autres pièces cartilagineuses dispersées; le revêtement bronchique cylindro-cubique, à bordure ciliée, peut, néanmoins, avoir été détruit par une suppuration.

— Hypoplasie du tissu de soutien. BARD (26).

— Dysharmonie entre la croissance exagérée et désordonnée des conduits bronchiques primitifs et l'aplasie du tissu mésenchymateux origine des alvéoles; on encore bourgeon bronchique aberrant, nettement constitué, rattachant le kyste à l'arbre. Cependant, la communication du kyste avec l'arbre reste exceptionnelle. DORNON (24) et WITZ (20).

— Présence de formations micro-kystiques dans la paroi d'un kyste isolé comme nous le vîmes dans la pièce d'exérèse de notre observation.

— Une maladie kystique très discrète et de moindre étendue, dans les autres régions pulmonai-

res, peut s'associer à un kyste bronchogénique cliniquement « solitaire ». Les petites lésions associées ont un aspect identique à celui du kyste évident. (HELLER (27), HOUSEHOLDER et BENSHOFF).

En résumé, la structure de la paroi donne des renseignements valables sur la nature congénitale du kyste mais la labilité spéciale du tissu pulmonaire peut être capable de « retour à l'état embryonnaire » ce qui exprime bien les aspects susceptibles d'être simulés, ce qui empêche souvent la discrimination certaine entre origine congénitale et origine acquise.

Cependant le faisceau de critères rappelés, dont, aucun pris à part n'est décisif, impose la forte présomption en faveur d'une origine dysgénétique ou dysplasique congénitale.

Avec POLICARD (28), on peut penser que des « analogies de structure, soit d'une part avec des bronchectasies manifestement secondaires (obstruction par tumeur ou corps étranger) soit d'autre part (c'était notre cas) avec des kystes pédiculaires sans relation avec l'arbre aérien, mais d'origine endodermique bronchique, peuvent servir de point de comparaison pour soupçonner une genèse probable. »

II. — En tenant compte de ces restrictions, le diagnostic de kyste bronchogénique fut posé avant l'exérèse, l'examen anatomo-pathologique confié à M. le Professeur LÉGER le confirmait, mais la présence d'un épithélioma à stroma remanié nous surprit pour deux raisons :

1° La rareté relative de la dégénérescence de ces kystes déjà peu fréquents.

2° Le développement, généralement endobron-

chique, en tissu sain et isolément, au niveau de l'arbre respiratoire, d cette variété de tumeur, dite épistome. (Tumeur-bouchon).

Qu'est-ce qu'un épithélioma a Stroma remanié ?

L'individualisation de cet épithélioma est de date récente. Il serait d'origine glandulaire. Au niveau des bronches, il réalise les « épistomes » ou adénomes bronchiques de Jackson; néoplasme classique des glandes salivaires (Tumeur mixte) ; il a acquis une place importante ces derniers temps parmi les tumeurs broncho-pulmonaires.

Aussi avons-nous jugé bon de faire un rappel de leurs particularités anatomo-cliniques. Cette analyse éclairera, de surcroît, l'observation rapportée.

— Les épistomes ou adénomes bronchiques de Jackson (*tumor so-called adenoma*) ou bronchiomes polymorphes ou cylindromes bronchiques ou épithéliomas glandulaires bénins bronchiques, doivent être considérés comme bénignes des tumeurs malignes des bronches.

L'épithélioma glandulaire à stroma remanié, d'évolution lente, n'est pas l'apanage exclusif des bronches. Mais à leur niveau, son développement fait l'originalité des épistomes. Aussi ces termes sont-ils souvent employés indifféremment pour désigner la même tumeur.

Si les récidives locales sont assez fréquentes, les métastases sont rares mais toujours possibles.

Dans ce cas, la tumeur prend l'allure d'une malignité hautement évolutive. Aussi dit-on qu'elle « *est d'évolution à potentialité maligne rare* » (Delarue (29), Marseille, 1954) « puisqu'elle peut se manifester aussi bien alors qu'elles existent depuis 30 ans que depuis 6 mois ». [Goldman (30)].

La proportion de ces passages à l'évolution de haute malignité ne doit pas dépasser 3 à 5 % de ces épithéliomas bronchiques à stroma remanié, c'est-à-dire ici, des épistomes.

— Leur rapprochement des tumeurs mixtes salivaires et la mise en évidence de leur potentialité maligne ne remonte guère à plus d'une quinzaine d'années; soupçonnée en France par BERGER (31), en 1922, KRAMER (32), GRAHAM (33), MALLORY (34), DEPIERRE (35), DELARUE (36), ADAMS (37), ont élucidé depuis leur nature exacte.

— Début 1953, une étude italienne [LECCO (*Les Bronches*)], dénombrait environ 400 de ces tumeurs dans la littérature. Nous pensons serrer la réalité de plus près en doublant ce chiffre [KRAMER (38), GRAHAM (29), HAMPERL (39), SANTY (40), GALY (41), DELARUE (29), LINDGRENN (42), LECŒUR (8), LEMOINE (43), ENTERLINE (44), LIEBOW (45)].

Ils représenteraient 5,5 à 6 % de tous les cancers bronchiques suivant ces auteurs.

— Leur répartition est égale dans les deux sexes.

— On sait que 1/10 seulement des cancers bronchiques se voient chez la femme dont le 1/4 environ est représenté par les épithéliomas à stroma remanié.

Simplement 0,3/10 des cancers bronchiques de l'homme leur est imputable.

— On les observe entre 40 et 50 ans.

ENTERLINE (44), pour une statistique de 156 cas signale son absence dans la race noire.

Ils se manifestent par des :

— signes d'irritation bronchique;

— suppurations récidivantes éventuellement;

— hémoptysies de sang rouge sans « queue de l'hémoptysie », parfois cataméniales et pouvant s'accompagner de signes de congestion pulmonaire;

— aspects radiologiques sans valeur pathognomonique.

— Aspects bronchoscopiques :

Tumeurs polypoïdes dont le pôle libre est toujours d'orientation trachéale (en remontant), localisées aux grosses bronches dans 50 % des cas.

Leur cyto-diagnostic est toujours très difficile.

ANATOMO-PATHOLOGIE :

Macroscopiquement : Tumeurs à développement divers.

1° Endobronchique;

2° Ou endo et péribronchique réalisant l'aspect « en iceberg ». Ces aspects varient selon l'étage de la glande sur lequel la tumeur prend naissance.

3° Rarement l'arbre bronchique est engaîné par une « coulée » tumorale suivant les ramifications bronchiques en épaississant la muqueuse.

4° Ou encore la néoplasie réalise une tumeur arrondie en plein parenchyme.

Microscopiquement : Premier essai de démembrement dû à HAMPERL (39) (1937). La classification des variétés histologiques fut l'objet de nombreux travaux cs dernières années [DELARUE (36), LIEBOW (45), GRAHAM]. Depuis 1954 (Congrès de Marseille) (29), elle est précisée et reflète celle proposée en 1948 par RABIN (46) et MEUNOF.

On distingue 3 types histologiques et des formes de transition. Nous empruntons leur description à MM. DELARUE (35) et DEPIERRE (34) :

I. — Forme « carcinoïde » [Lubarsh (47), Masson (48), Peroni (49)], 65 à 85 %. Malignité dans 4 à 5 % des cas et encore serait-elle très tardive [6 ans pour 1 cas de Kincaïd-Smith (50)].

« Histologiquement il s'agit :

a) De formations soit alvéolaires soit trabéculaires, de boyaux limités à la périphérie par une fine bande de collagène, sans constituer nécessairement un cercle complet; cellules cylindrocubiques régulières, sans aucune anomalie nucléaire; le protoplasme est clair toujours visible.

b) Ou bien encore de nappes cellulaires en travées anastomosées, parsemées de petites lacunes mucoïdes pseudo-vésiculaires.

La stroma-réaction hyaline ou mucoïde est souvent discrète, le collagène qui sépare les lobules est souvent lâche ».

Cet aspect et son comportement évoque l'« adénome vrai ».

2. — Forme « cylindrome » (Billroth) (51), 15 à 25 %.

Malignité suivant les auteurs entre 4,5 %. (Enterline) (44), et 25 % des cas (Santy) (40).

Ses caractères sont liés à des métamorphismes du stroma :

a) Le pseudo-cylindrome hyalin à substance-mère anhiste et non mucoïde, ses métastases habituellement sont importantes et siègent dans la région thoracique.

b) Le cylindrome vrai ou « mucoïde » présente des cavités arrondies contenant une substance mucoïde colorable par le muci-carmin (refoulement des éléments cellulaires à la périphérie, analogue

parfois à de petits points isolés au sein d'une plage pseudo-myxomateuse).

3. — Forme à cellules « myo-épithéliales » 0 à 8 %.

Malignité : 50 % des cas et tendance plus franche aux récidives après exérèse.

De mise en évidence récente, elle se caractérise par « le développement prédominant de cellules fusiformes »; le stroma depuis l'aspect œdémateux jusqu'à la présence de plages chondroïdes offre des remaniements variables.

4. — Forme mixte ou pleiomorphe de polymorphisme pluri-tissulaire, 0 à 2 %. Elle est exceptionnelle comme pour les tumeurs salivaires identiques.

La totalité des différentes variétés on le sait à l'heure actuelle est susceptible de prendre une évolution de haute malignité et MM. Santy (40), Berrard et Galy vont jusqu'à dire « il s'agirait peut-être là de l'évolution normale de l'adénome de Jackson typique abandonné à lui-même ». Les évolutions tardives malignes restent assez rares du fait, soit des complications infectieuses graves qui surviennent fréquement et emportent le malade trop tôt, soit d'une exérèse précoce.

Ajoutons que pour les tumeurs « en iceberg », carcinoïdes le plus souvent, comme pour celles « en coulée péribronchique » cylindromateuses habituellement, l'intervention endobronchique est décevante. Bien que rares, elles sont la cause de troubles mécaniques, de néoformations et de phénomènes de surinfection. Enfin, si les épistomes représentent pratiquement les épithéliomas à stroma remanié observés au niveau des bronches, ce serait une erreur d'assimiler ceux-ci, sans exception, aux

épistomes. La constatation faite dans notre observation, quoique exceptionelle, est la preuve que de rares épithéliomas à stroma remanié au niveau des bronches peuvent se développer hors du cadre classique des épistomes.

CHAPITRE III

I) Etude critique des cas rapportés

II) Corrélations entre formations kystiques et tumeurs malignes du poumon

---

I. — Avec le type du cancer alvéolaire très rare, le tye épidermoïde et celui de l'adénocarcinome, sont données par GRAHAM (52) en 1955 comme les variétés les plus classiques du cancer bronchique. Nous les retrouvons dans les dégénérescences que nous avons observées, l'exceptionnelle variété alvéolaire mise à part.

Quelle est leur incidence vis-à-vis des transformations que nous étudions.

— *L'Adénocarcinome :*

Le taux de tumeurs de ce type rencontrées au cours de l'étude de la dégénérescence des kystes n'est pas négligeable (MOERSH (13) et CLAGETT, BASS (53) et SINGER).

De l'avis des histologistes, ce cancer fait la transition entre tumeur bénigne et tumeur maligne. L'on considère, par ailleurs qu'entre épithéliomas à stroma remanié et épithéliomas banaux, ou cancers classiques, il réalise la principale forme de passage.

Suivant l'avis de GRAHAM (52), et comme nous l'avons suggéré dans notre précédent chapitre, des épithéliomas, à stroma remanié, bronchiques, sont capables de se transformer en adénocarcinomes. Rien n'empêche de penser que dans certaines dégénérescences adénocarcinomateuses de kystes bronchogéniques, l'épithélioma à stroma remanié ne joue pas le rôle d'intermédiaire.

Il est possible que bien des formes cylindromateuses à stroma remanié aient été jadis pour ces mêmes raisons, baptisées improprement adéno-carcinomes. Leur différenciation peut être épineuse, d'autant que, comme les épistomes, ils sont plus fréquents dans le sexe féminin. Mais il en va de même de leurs métastases bronchiques à partir de lésions primitives identiques, notamment génitales.

Il est probable que l'on ait tendance à confondre ces transformations adéno-carcinomateuses avec des métastases broncho-pulmonaires. Bien qu'habituelles dans cette éventualité ces dernières sortent du cadre de notre sujet. Est-ce le cas pour les observations que nous rapportons, et leur localisation pulmonaire y est-elle élective ? Il ne le semble pas.

— *L'Epithélioma épidermoïde :*

C'est celui que l'on trouve dans la plus grande proportion parmi les observations précédemment décrites. Cetet fréquence est assez frappante. Son diagnostic, en outre, ne donnant lieu à discussion que rarement.

Il se trouve que Rist (4), Rolland et Gebauer (55), en particulier, ont souligné la fréquence des excavations tumorales dans les cancers ressortissant à ce type histologique. Ce cancer serait de plus, le seul susceptible de s'excaver (100 % des cas des cancers cavitaires (Delarue) (28). Ils constituent des « images pseudo-kystiques » dont la littérature abonde en publications. Ainsi, dans une statistique portant sur 5 ans de recherches, Anderson (56) et Pierce rapportaient en 1954 « 6 cas de cancers bronchiques qui se présentaient comme des kystes à parois épaissies » (Thorax).

Ce type de néoplasie ne doit donc être admis dans le cadre des kystes dégénérés qu'avec circonspection quand on sait la lenteur de développement attribuée à cet épithélioma par Adams (57), Roussy (58) et Huguenin (59), et quand elle existe, l'atteinte ganglionnaire réduite et tardive. Ainsi les risques de confusion ne font que s'accroître. C'est là un résultat pratique de l'étude de tumeurs cancéreuses non seulement à l'étage broncho-pulmonaire, mais prises dans leur cadre général.

Dans les cas douteux, le diagnostic s'appuiera donc essentielelment sur les critères de congénitalité qui définissent les kystes bronchogéniques.

Aussi, sommes-nous incités à n'accepter qu'avec peu de conviction l'observation de Monod (11) et Dubarry. C'est d'ailleurs l'avis de l'histologiste, le Dr Gauthier-Villars, qui ne signale aucun élément en faveur de la nature congénitale de l'affection. Tout à plus, hormis l'épithélioma primitif, peut-on penser à une pneumatocèle ou ectasie acquise secondairement dégénérées, éventualités que les auteurs soulèvent en employant le terme de caverne pour le diagnostic radiologique de leur observation. Par ailleurs, la facilité avec laquelle

ces néoformations cavitaires sont susceptibles de s'épithélialiser n'est plus à démontrer. C'est davantage un facteur favorable à la dégénérescence qu'à l'origine congénitale.

II. — *Erreurs d'interprétation auxquelles peut donner lieu l'association de formations kystiques et de tumeurs malignes vis-à-vis d'un kyste bronchogénique dégénéré.*

La coexistence de ces lésions pose bien des problèmes au clinicien autant qu'à l'anatomo-pathologiste. Les critères de diagnostic souvent fragiles peuvent prêter à discussion.

Envisageons ces différentes associations :

A. — Bronchectasies, bulles d'emphysème ou abcès secondaires au développement d'un cancer bronchique primitif.

Cette éventualité est proportionnellement plus fréquente que la dégénérescence d'un kyste bronchogénique. C'est une des premières à éliminer après celle des cancers pseudo-kystiques envisagée précédemment.

Il peut même s'agir d'une tumeur métastatique dont la lésion d'origine est passée inaperçue. Dans ce dernier cas l'étude radio-clinique autant que l'histologie redressent sans difficulté, un diagnostic hésitant.

Ces formations acquises sont l'effet du mécanisme à clapet constitué par la compression tumorale sur une bronche voisine. Ces phénomènes nous sont bien connus depuis les travaux de CHEVALIER-JACKSON (60).

Pour les diverses observations que nous avons relatées, nous n'avons aucune raison d'envisager ce processus.

B. — Formations kystiques acquises subissant une dégénérescence.

Ce sont les aspects énumérés ci-dessus à revêtements bronchiques ou parenchymateux, auxquels se joignent les pneumatocèles. On signale même la dégénérescence de bronchectasies secondaires à l'obstruction de bronchioles par un kyste bronchogénique. (Murphy et Piver) (21).

Les transformations malignes de ces lésions sont rares. Pour 60 cas d'emphysème bulleuse secondaires suivis depuis plus de 13 ans, Korol (1) note la présence d'un seul cancer bronchique (1,6 %). Encore ne précise-t-il pas le rapport qu'il pouvait avoir avec les lésions acquises.

Non seulement les caractères de dysembryoplasies mais encore l'histoire clinique, permettront d'éliminer ces néoformations de celles qui nous intéressent.

Ainsi, quelques-uns des 10 cas que rapporte le même auteur ne présentent pas de caractères anatomo-cliniques en faveur d'une présomption de congénitalité évidente. A ce sujet, en particulier, la présence d'un revêtement interne d'épithélium bronchique, souvent notée, et de plus isolément, est de valeur médiocre. Nous l'avons déjà dit; les relations de siège entre le cancer bronchique et l'aire kystique y apparaissent aussi vagues qu'éloignées. Enfin la dégénérescence locale à partir de la paroi n'est signalée qu'exceptionnellement. Sans vouloir assimiler ces cas aux ectasies acquises, les lésions congénitales supposées ne peuvent tout au mieux qu' « avoir fait le lit de la dégénérescence ».

C. — Kyste vrai du poumon et cancer bronchique, également primitifs.

Cette association retiendra notre attention plus longuement.

— Les cancers bronchiques peuvent se produire selon des localisations ne présentant aucune relation avec des malformations évidentes du poumon. C'est le cas le plus fréquent; de même que la coexistence de maladies telles qu'abcès, empyèmes... causes de diagnostic erroné de « kystes multiples ».

— Dans une autre éventualité, la tumeur se développe à partir du parenchyme avoisinant les formations kystiques bronchogéniques, visibles ou non radiologiquement.

Le plus souvent la néoplasie perturbe l'équilibre aérien de ces kystes dans le milieu bronchique. C'est alors pour eux l'occasion, en particulier, de se révéler ou, simplement, d'évoluer en accroissant leur volume. C'est d'ailleurs le fait de toute formation bronchogénique en association avec une tumeur maligne quelle que soit leur relation.

La présence du cancer va de plus compliquer localementn, dans l'immédiat la lésion kystique. Elle favorise les phénomènes de surinfection et de compression.

Illustrant ces troubles, Rey et Vaccarezza (61), ont publié dans la *Prensa Medica Argentina* deux observations de « Carcinomes bronchiques mis en évidence par les remaniements ectasiques et suppuratifs d'une bronchectasie préexistante ». Il ne s'agissait pas de dégénérescence mais d'une simple coexistence, aussi n'avons-nous pas relaté ces deux cas dans notre premier chapitre.

— D'un autre côté, il peut s'agir du développement d'une lésion maligne sur les structures périphériques d'un kyste bronchogénique.

Dans ce cas la notion d'un terrain congénital favorable, se trouve mise en cause. De l'avis de MM. Brocard (15) et Baumann, c'est lui que l'on

doit incriminer pour la pathogénie de leur cas précédemment résumé (« Association d'un cancer bronchique et d'un état kystique broncho-pulmonaire du même lobe »). Les résultats de KOROL (1) confirment cette conception qui se rapproche de la nôtre. Ainsi interprète-t-il les 45 cas de cancers rencontrés au cours de 500 poumons polykystiques congénitaux dont il établit la statistique, soit un taux de malignité de 9 %. Or, la proportion de cancers bronchiques n'est que de 1,5 % dans les cas de décès dont l'étiologie est contrôlée. Il conclut : « Dans le poumon polykystique congénital, l'incidence du cancer bronchique est de toute évidence plus grande que dans la population en général ».

L'absene d'intérêt quelconque qu'apporte CHAROLLAIS (10), à la présence d'une dégénérescence au cours de l'examen histologique d'un cas de kyste du poumon, nous fait douter de son éventualité. Mais dans l'observation de LARKIN (16), comme pour celle que nous apportons, c'est la paroi elle-même du kyste qui se trouve le siège de cette dégénérescence. La lésion est « intra-muros », réalisant la forme idéale que nous avons voulu envisager.

Ici les deux conceptions relatives aux transformations malignes (rôle du terrain et rôle de la dysembryoplasie même), se rejoignent

Il ne s'agit pas d'erreur de diagnostic. Simplement la dégénérescence des formations kystiques bronchogéniques présente des variétés différentes, notamment topographiques.

Quoiqu'il en soit, selon l'envahissement primitif ou secondaire de la paroi du kyste, le point de départ initial de la lésion tumorale peut être difficile

à localiser dès que la tumeur prend un certain volume. Il pose selon le stade d'évolution une série de problèmes d'ordre divers. C'est alors à l'examen microscopique que l'on aura recours pour trancher la variété de dégénérescence vraisemblable.

CHAPITRE IV

Essais d'interprétation

Quelle peut être la pathogénie de la transformation maligne des kystes bronchogéniques ?

Nous pouvons assurer qu'elle est complexe. En fonction du nombre de kystes bronchogéniques examinés, les conditions nécessaires à leur dégénérescence ne semblent pas réunies fréquemment. Cependant tout kyste bronchogénique apparaît susceptible de dégénérer.

Ménétrier (62), dès la fin du XIX^{e} siècle introduisit aussi simplement que judicieusement la notion de transformation maligne qui « se développerait le plus souvent sur un poumon labouré par une inflammation banale ».

Nous ne pensons pas cependant que cette lésion soit pour les kystes bronchogéniques à la base de leur évolution maligne, objet de cette étude.

1. — Leur nature dysembryoplasique est le facteur de prédisposition majeure.

2. — Dans notre cas, s'affrontent deux théories: l'une plaide pour l'origine congénitale de la dégénérescence, l'autre, pour son origine acquise.

I — GARNIER (5), au sujet de l'origine congénitale des transformations malignes des kystes désignés écrivait en précurseur : « Ne sait-on pas que toutes les cellules placées en situation anormale, troublées dans leur fonction et leur nutrition sont prédisposées à suivre un jour ou l'autre l'évolution néoplasique ».

Dans le but de préciser la situation anormale des éléments cellulaires de ces kystes bronchogéniques, rappelons les conceptions les plus communément admises pour la genèse de ceux-ci.

a) Pour les uns, il s'agirait d'une malformation tissulaire réalisant une hypoplasie généralisée du tissu de soutien. Elle prédisposerait à l'apparition et au développement du kyste au cours de la vie sous l'intervention de pressions anormales (BARD) (26).

b) Rejoignant cette hypothèse, d'autres auteurs dont HUTINEL (63), évoquent des troubles du développement, plus particulièrement une dysplasie broncho-alvéolaire réalisant une « dysharmonie entre la croissance exagérée et désordonnée des conduits bronchiques primitifs et l'aplasie du tissu mésenchymateux, origine des alvéoles ».

c) Plus récemment, MOURGUES-MOLINES (18) et MARTIN, émettaient une conception voisine faisant porter le trouble essentiel sur les éléments vasculaires : les anomalies du bourgeon artériel en provenance du sixième arc branchial seraient à l'origine des lésions observées, selon l'étage métamérique intéressé.

Ceci inciterait à rapprocher ces lésions des formes de séquestrations pulmonaires.

A la lumière des travaux de P. THOMAS (64), relatifs à ces séquestrations, en tenant compte en outre des malformations kystiques favorisées par

l'infection syphilitique (Balzer (65), Mariano. Castex), les remaniements d'ordre vasculaire doivent jouer un rôle prépondérant dans les troubles de l'histogénèse des bronches. Ne serait-ce que pour ses effets simplement mécaniques, l'on attribue à la persistance du canal de Cuvier, des modifications de développement de l'ébauche pulmonaire.

d) Enfin, dans une étude de cette pathogénie qu'il cherche à prendre à sa source, Policard (28), écrit : « La coexistence souvent signalée chez les fœtus ou nouveaux-nés sous forme de dilatation ampullaire, de kystes uniques ou multiples (maladie polykystique) du poumon, du pancréas et du rein, montre bien qu'à l'origine de ces malformations congénitales doit exister un élément commun, élément génétique qui n'a pu encore être défini ».

Coury (66), a établi dans sa thèse sur les kystes dermoïdes du médiastin le rôle déterminant que toute dysembryoplasie, notamment pleiomorphe, jouait dans l'apparition du cancer. Si nous ne pouvons démontrer un tel fait pour notre travail, avec Brocard (15), et Baumann, nous croyons pour le moins qu'une altération congénitale de l'arbre bronchique (lobaire supérieure gauche dans notre cas), réalise le terrain favorable à la dégénérescence.

C'est aussi l'avis de Galy (19) et Delarue pour lesquels « le kyste bronchogénique » véritable tumeur embryonnaire aurait la même signification que les kystes dermoïdes intrapulmonaires ». Ils l'assimilent aux hamarto-kystomes d'Albrecht (22), dont nous avons déjà parlé. P. Thomas (64), dans un travail récent (1955), faisait remarquer que dans 1,1/10 des cas, ces tumeurs prenaient une évolution maligne.

II. — En ce qui concerne la pathogénie de l'épithélioma à stroma remanié, CUNEO (67), et VEAU ont émis l'hypothèse d'une origine congénitale : « Les tumeurs para-buccales doivent être attribuées aux importants remaniements embryologiques au niveau des fentes branchiales ». L'inclusion embryonnaire composée d'éléments endodermiques et mésodermiques est à l'origine de ces troubles.

A propos de notre observation, l'hypothèse plus récente de MOURGUES-MOLINES (18), relative à la genèse mésodermique, puis endodermique des kystes bronchogéniques est en faveur de cette conception. Elle est de même partagée par quelques auteurs du Nouveau-Monde [WOMACK (33), CHURCHILL (68)].

En faveur de cette conception, l'association heureuse du kyste et de la transformation découverte est un argument de plus.

— Selon LEROUX (69), les épithéliomas à stroma remanié se développent « à partir d'une *souche épithéliale* dont le potentiel évolutif, le métabolisme particulier entraînent une différenciation du stroma conjonctif qui aboutit à ce polymorphisme remarquable. »

DEPIERRE (35), appliquant cette théorie aux épistomes écrit : « Le développement des bronches se faisant à partir d'une invagination embryologique de l'intestin céphalique, ne justifie pas l'hypothèse d'une inclusion à la fois endo et mésodermique ». Aussi « *cette souche épithéliale pourrait être composée d'éléments adultes,* soit cellules muco-séreuses des acinis, soit cellules des tubes excréteurs des glandes de la paroi bronchique ».

A notre avis, de même qu'il n'existe pas de critères cliniques précoces de passage à la malignité,

il n'existe aucune conception pathogénique qui puisse être retenue isolément.

S'il n'est pas sûr que les tumeurs embryonnaires soient capables de demeurer inactives pendant des années ou du moins de n'évoluer qu'avec une extrême lenteur, les kystes congénitaux du poumon quel que soit leur mode de formation, sont capables, après des années de latence, non seulement, de proliférer, mais même de prendre l'aspect histologique d'une dégénérescence maligne [Dubarry (11)].

A propos de notre cas, cette potentialité apparaît le seul lieu clinique commun que les kystes bronchogéniques aient avec le devenir des épistomes.

Du point de vue thérapeutique, il se trouve que la nature d'une formation considérée comme un kyste bronchogénique, donnant lieu à des complications de suppuration ou autres, sanctionne l'intervention. La seule possibilité d'une dégénérescence quelle qu'elle soit, renforce la décision chirurgicale tout en la précisant.

L'évolution livrée à elle-même est inéluctable. Le pronostic est fatal, à brève ou longue échéance, et, nous l'avons vu, souvent è notre insu. La dégénérescence découverte est dite « accidentelle ».

Aussi cette mesure opératoire, prise à temps, transforme-t-elle radicalement l'évolution clinique restant à la portée de nos moyens thérapeutiques après un délai d'observation suffisant.

Conclusions

1. — Nous apportons un cas de kyste broncho génique du poumon avec à l'examen histologique une zone de la paroi kystique qui présente des lésions néoplasiques d'hépithélioma à stroma remanié.

2. — A notre avis, bien des épithéliomas développés sur des prétendus « kystes du poumon » ne sont en réalité que des cancers banaux du poumon. Dans cette éventualité, il s'agit de carcinomes :

— Soit excavés ou compliqués d'ectasies broncho-pulmonaires pseudo-kystiques;

— soit développés sur des sujets porteurs par ailleurs de cavités kystiques : simple coïncidence.

La clinique, le traitement ainsi que la nosologie de ces formations kystiques ou tumorales ont fait l'objet de mises au point détaillées ces dernières années.

3. — Notre observation nous amène à considérer que le kyste bronchogénique n'est pas toujours bénin, puisque dans notre cas il y avait dégénérescence.

4. — Il n'existe pas de critère clinique permettant de diagnostiquer précocément cette transformation maligne.

5. — L'étude anatomo-clinique montre qu'à côté de l'éventuelle transformation cancéreuse du kyste bronchogénique congénital aboutissant à une tumeur d'évolution en général rapide, existe de façon exceptionnelle la possibilité du développement d'une tumeur d'évolution lente ayant les caractères des épithéliomas à stroma remanié.

Néanmoins, ces tumeurs sont susceptibles à tout moment de prendre une forme maligne, semblable aux carcinomes bronchiques classiques.

6. — En l'absence de critères cliniques et radiologiques de malignité, l'intervention nous paraît formellement indiquée en présence de tout kyste bronchogénique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. SIGALAS.

Vu bon à imprimer :
Le Président,
J. MAGENDIE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 Juillet 1956,
Le Recteur de l'Académie,
E. DELAGE.

Bibliographie

37 Adams, R. — Le Cancer du poumon, les facteurs infectant survivant après sa résection. 1948. *J. of. thor. Surg.*, t. 17, 306-322.

57 Adams, W. E. And Steiner, P. E., *Surgery*, 1942, t. 11, 503-508.

22 Albrecht, E. — L'Hamartome. *Verh. deutsch. path. ges.* 1904, t. 7, 153.

56 Anderson and Pierce. — Cancer bronchique se présentant comme un kyste à parois épaissies. *Thorax* (sept. 1954).

2 Appel, R. — Contribution à l'étude de la dilatation bronchique congénitale. *Thèse* n° 335, Paris, 1904.

24 Badin, R. — Kystes bronchogéniques du Médiastin. *Thèse*, N° 70, Lyon, 1954.

65 Bariety et Poulet. — Sur les formes pseudo-kystiques d'épithéliomas bronchiques, in *Soc. Fr. de Path. Resp.*, séance du 15-1-1956.

26 Bard, L. — Précis d'Anatomo-Pathologie, Masson, édit., Paris, 1890.

15 Brocard, H. et Baumann. — Association d'un cancer bronchique et d'un état kystique broncho-pulmonaire du même lobe. *J. Fr. de Méd. et Chir. thor.* t. 6, 565-568.

53 Bas, H. E. and Singer, E. — Co-existing lobar adenocarcinoma and cystic disease of lung. *Ann. Int. Med.*, 1951, t. 34, 98-106.

37 Berger, L. — Une tumeur mixte intra-trachéale. *Bull. de l'Ass. Franç. pour l'Etude du Cancer*, 1922, t. 11, 629-639.

51 Billroth, Th. — Deutsche Chirurgie heraus gegeben von Dr Billroth and Luecke, 1 vol. Enke, Stuttgart, 1879. (Bibl. 1.853)

10 Charollais, L.-M. — Contribution à l'étude des kystes aériens du poumon chez l'adulte. *Thèse*, N° 796, Paris, 1937.

60 Chevalier - Jackson (~~11~~). — Bronchoscopie et Œsophagoscopie (Traduction Ancoin). — Doin, édit. Paris, 1933.

— The diagnosis and the localisation of non-opague foreign bodies int he bronchi. *Am. J. Rentgenol,* 1920, t. 7, 277-285.

3 Chiari. — Contribution è l'étude des tumeurs bronchiques. *Prager, Med. Wochenschrift,* Oc. 1883.

68 Churchill E. D. — *Thoracie Surg.* 1942, t. 12, 107 (Bibl.).

66 Coury, C. R. — Les kystes dermoïdes (Dysembryomes hétéroblastiques). *Thèse* N° 268. Paris, 1944.

18 Cuneo et Veau. — Vol. *Malformations faciales* in Nouveau Traité de Chirurgie publié sous la direction de Le Dentu et P. Delbet. Baillière, édit., Paris, 1907. (Bibl. 1800)

36 Delarue, J. — La place nosologique des épistotomes bronchiques (épithéliomas à stroma remanié). *J. Fr. de Méd. et Chirurg.* Thorac, 1952, t. 4. N° 2.

29 Delarue, J. et Policard. — Tumeurs bronchopulmonaires. Aspects anatomo-cliniques. (Congrès Marseille) 1954. Masson et C^ie^, Paris, 1955.

35 Depierre, R. — Tumeurs bronchiques curables. *Thèse* N° 121, Paris, 1941.

25 Dormon, M. — Contribution à l'étude des kystes bronchiques intra-thoraciques. *Thèse* N° 8, Toulouse, 1954.

11 Dubarry, L. — Les Hémoptysies dans les kystes aériens du poumon. *Thèse* N° 318, 63-71, Paris, 1941.

44 Enterline, H.-T. — Etude comparative entre les adénomes bronchiques et les tumeurs malignes de type cylindromateux de la trachée et des bronches. *J.A.M.A,* 1954, t. 7-9, 663-670.

19 Galy, P. et Delarue J. — Etude synthétique et classification des kystes « aériens » du poumon. *J. Fr. de Méd. et Chir. Thorac.* 1951, t. 5. N° 6.

41 Galy P. et Renault. — Place nosologique des adenomes bronchiques de Jackson : 97 cas. *Les Bronches* (1954) t. 4-5, 192-201.

5 Garnier, M. — Dilatation bronchique congéni-

tale (Maladie kystique). *Soc. de Méd. des Hôp. de Paris,* 1913, t. 12.

55 GEBAUER, P.-W. — *J. Thor. Surg,* 1941, t. 10, 373-377.

30 GOLDMANN, A. and CORNER. — Benign. tumors of the lung with special reference to adenomatous bronchial tumors. *Dis. of. chest.,* 1950, t. 17, 644-649.

52. GRAHAM, E. A. — A brief discussion of the etiology of bronchiogenic carcinoma. *Dis. of Chest.,* 1955, t. 27, 358-367.

7 GRAHAM, E.-A., and SINGER, J.-J. — Surgical diseases of the Chest., p. 808, Lea and Febiger, Philadelphia, 1935.

39 HAMPERL, H. — Veber Gutartige Bronchial tumorem (cylindroma und carcinoïda). *Virch. Arch. f. path. Anat.,* 1937, t. 300, 4682-4689.

27 HELLER, E.-L., HOUSEHOLDER, J.-H. and BENSHOFF, A.-M. — Bronchogenic cyst. : A manifestation of congenital polycystic disease of the lung *Ann. J. Clin Path.* 1953, t. 23, 121-127.

17 HOUGHTON, L. E. — in « Symptomatologie des kystes bronchogéniques », HASCHE (E) (Berlin) *Zentralblatt für Chirurgie* 1952, 77 n° 41, 1738-1743 (Bibl.).

59 HUGENIN R. — Le Cancer primitif du poumon. *Thèse,* N° 401, Paris, 1928.

63 HUTINEL, J. — La dilatation des bronches. *Thèse* Paris, 1922.

23 JAEGER, L. — Contribution à l'étude des Hamartomes Pulm. *Thèse,* 1934, Zurich.

— A propos de quelques cas de chondromes pulmonaires (les hamartomes pulm.: Ham. et « Maladie des Bronches » LECŒUR, J. (8) chondr. et Hamarto-kystomes). *Am. Anat Path.,* 1935, t. 12, 811-819.

50 KINCAÏD-SMITH, P., and BROSSY, J.-J. — A case of bronchial adenoma with liver métastasis. *Thorax,* 1956, t. 111, 36-40.

1 KOROL, E. — The correlation of carcinoma and congenital cystic emphysema of the lungs. *Dis of Chest,* 1953, t. 23, 403-411.

32 KRAMER, R. — Adenoma of bronchus. *Ann. Otol. Rhinol.*, 1930, t. 39, 861-878.

38 KRAMER, R. and SOM, M.-L. — Further study of adenoma of the bronchus. *Ann. Otol. Rhinol.*, 1935, t. 44, 689-695.

16 LARKIN, J. C. and PHILIPPS, S. — Carcinoma complicating cyst. of lung. *Dis of Chest*, 1955, t. 30, 453-457.

8 LECŒUR, J. — Les Maladies des bronches, 1 vol. Vigot Fres, édit., Paris, 1950.

43 LEMOINE, J.-M., DUROUX et FOURESTIER. — Les Tumeurs bronchiques dites bénignes et les tumeurs bronchiques bénignes. *J. Fr. de Méd. et Chir. Thoracique*, 1951, t. 5, 56-62.

69 LEROUX, R. et LEROUX-ROBERT, J. — Etude analytique des éléments constitutionnels des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. *Bull. de l'Ass. Fr. pour l'étude du Cancer*, 1933, juill.

45 LIEBOW, A.-A. — Tumors of the lower respiratory tract. in Atlas of tumors Pathology. Section V, t. 14. *Armed forces, Institute* of pathology. Washington, 1952.

42 LINDGRENN, A.-G.-H. — Benignant polypous bronchial tumors. *Acta oto-laryng.*, 1939, t. 27, 183.

47 LUBARSCH, O. — Virchow's Archiv., 1888.

34 MALLORY, T. B. — *New England, J. Med.*, 1938, t. 218, p. 391.

48 MASSON P. — A propos des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Spécificité cellulaire et tumeurs mixtes. *Bull. Ass. Franç. pour l'étude du Cancer*, 1933, p. 219.

62 MÉNÉTRIER, P. — *Soc. Anat.* 1886, et art. *Cancer du Poumon*, in *Traité de Médecine et de thérapeutique* de BLOUARDEL et GILBERT.

13 MOERSCH, H.-J., and CLAGETT, O.-T. — Pulmonary, Cysts. *J. Thor. Surg.*, 1947, t. 16, p. 179.

18 MOURGUES - MOLINES et MARTIN. — Considérations anatomo-cliniques sur les kystes bronchogéniques. *Soc. de Pneumo-Phtisio du S.-E.*, 1955. Séance du 30 oct.

21 MURPHY, J.-D. and PIVER, J. D. — Cystic disease of the lung. *Dis. of Chest.*, 1951, t. 19, 4.

49 PERONI, A. — Tumori benigni dei bronchi. *Arch. Ital. Otol.*, 1933, t. 14, 463-516.

28 POLICARD et GALY, P. — Les Bronches; structudes et mécanismes à l'état noormal et pathologique. Masson et C^ie^, éd. Paris, 1945.

9 PRUVOST. — Kystes aériens du poumon. *Enc. Méd. Chir.* (Poumon - Plèvre), 1948. t. 1, art. 6021, Ca-Cd, 4-5.

46 RABIN et MEUNOF. — Comptes rendus du Congrès de *l'American Association fort thoracic Surgery*, 1948 (mai-juin).

61 REY, J.-C., VACCAREZZ, O.-A. et RUBINTEIN, P. — *Carcinomes bronchiques mis en évidence* par les remaniements ectasiques et suppuratifs d'une bronchectasie préexistante. *Pr. Med. Argentina*, 1947 (oct.).

54 RIST, E. et ROLLAND, J. — *Ann. de Méd.*, 1930, t. 28, 309.

14 ROGERS, W. L. — Cystic of the lung. *West. J. Sur. ob. and Gyn.*, 1948, t. 56, 57.

58 ROUSSY, G. — *Arch. Méd. Chir. App. Resp.*, 1931, t. 6, 503-510.

40 SANTY, BERARD et GALY P. — Les Tumeurs polypoïdes des bronches. A propos de 53 obs. *Les Bronches*, 1953, t. 3, 5.

6 SCHWITER, M. — Cf. GRAHAM and SINGER : Surgical disease of the Chest (p. 808), Lea and Febiger, Philadelphia, 1935.

64 THOMAS, P. — Benign tumors of the lungs. *The Lancet*, 1955, t. 1, 1-12.

4 WEICHSELBAUM. — *Archiv. für path. Anat....hrsg Virchow, Berlin*, 1889, p. 559.

20 WITZ, J. P. — Kystes non parasitaires du poumon.. Presse Méd., 1956, t. 64, N° 45.

33 WOMACK, N. A., and GRAHAM, E. A. — Mixed tumors of the lung, so-called bronchial or pulmonary adenoma. *Ach. Path. Chicago*, 1938, t. 26, 165-206.

12 WOMACK, M.-A. and GRAHAM, E.-A. — Epithélial hyperplasia in congenital cystic disease of the lung. *Am. J. Path.* 1941, t. 27, 645-653.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction. — Généralités. — Plan de Travail 11

Chapitre premier. — Quelques cas de kystes bronchogéniques accompagnés d'une dégénérescence.... 13

I. — Cas où la dégénérescence a pris le type d'un carcinome classique du poumon 14

II. — Cas où la dégénérescence a pris le type de l'épithélioma à stroma remanié. Notre observation 20

Chapitre II. — Rappel anatomo-clinique relatif aux kystes brochogéniques et aux Epithéliomas à stroma remanié 31

I. — **Qu'est-ce qu'un kyste Bronchogénique ?** .. 31

II. — **Qu'est-ce qu'un Epithélioma à stroma remanié ?** 36

Chapitre III. — Etude critique des cas rapportés 43

Corrélation entre formations kystiques et tumeurs malignes du poumon.

1. — Etude critique des Transformations adénocarcinomateuses 43

Etude critique des Transformations épidermoïdes 44

II. — Erreurs d'interprétation auxquelles peut donner lieu l'association de formations kystiques et de tumeurs malignes vis-à-vis d'un kyste bronchogénique dégénéré.

Chapitre IV. — Essais d'interprétation 51

I. — Origine congénitale pour les cas de dégénérescence maligne classique 52

II. — Origine congénitale et acquise s'affrontent pour le cas que nous publions.

Résultats pratiques 54

Conclusions 56

Bibliographie 59

A.a 198. Dép. lég. 2e trim. 56

Imp. Toulousaine Vve Lion et Fils, 2, rue Romiguières, Toulouse